



Patientenleitkarte Screening Covid 19

Datum _____

Hz. Screeningstelle

Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen folgende Symptome:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Fieber oder erhöhte Temperatur | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Atemnot oder Husten jeder Art | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Symptome, die auf eine Atemwegserkrankung hinweisen
(z.B. Halskratzen) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Kopf- oder Gliederschmerzen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Störungen oder Verlust des Geruchs- / Geschmackssinns | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Kontakt zu einem an COVID-19 erkrankten Patienten | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Fragen zu Aufenthalt in Risikogebieten:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 7a. Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 7b. Wenn ja (Aufenthalt in Risikogebiet) , liegt ein positiver
Covid 19-Befund vor oder steht der Befund noch aus? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Alle Fragen mit „nein“
beantwortet (1 bis 6, 7a/b
b7a, b7b)



**Kein Verdacht auf
respiratorischen Infekt**

*Vom
Screening-
personal
auszufüllen*

Wenn **1** oder mehr Fragen mit
„ja“ beantwortet: (1 bis 6, 7b)



**Verdacht auf respiratorischen
Infekt**
RS 6250 / 6251